Cote
AFF SOC
Affaires publiques
1973 c 12

orientations générales en santé communautaire

Ministère des Affaires sociales

Octobre 1973

LEGISLATIVE LIBRARY OF ONTARIO
TORONTO
WITHDRAWN
MAY 5 1975
RECEIVED

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 3

L'évolution de la santé publique au Québec (septembre 1973) 5

Politique en matière de santé communautaire (juillet 1972) 17

Le rôle du centre hospitalier dans le domaine des soins généraux (février 1973) 37

Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) (juillet 1972) 51

Les départements de santé communautaire (avril 1973) 71

Programmes actuels de prévention (mars 1973) 79

Le rôle des départements de santé communautaire en épidémiologie (mars 1973) 85

Les soins à domicile (mars 1973) 89

Lettre du sous-ministre au personnel des unités sanitaires (12/7/72) 95

Texte du Protocole d'entente relatif au transfert du personnel des unités sanitaires (accepté et signé le 2 octobre 1973 par le Syndicat des fonctionnaires provinciaux du Québec) 101

INTRODUCTION

Les documents réunis dans le présent cahier par le groupe de travail pour l'implantation des départements de santé communautaire ont pour but de présenter une vue d'ensemble des orientations générales du ministère des Affaires sociales en santé communautaire.

Certains de ces documents sont déjà connus ou ont déjà été diffusés, tel celui portant sur le rôle des centres hospitaliers dans le domaine des soins généraux ou celui sur les centres locaux de services communautaires (CLSC). D'autres sont inédits ou ont été peu diffusés, tel celui portant sur l'évolution de la santé publique (septembre 1973) ou ceux touchant les départements de santé communautaire. Les uns et les autres, cependant, ne constituent nullement des directives mais doivent plutôt être considérés comme un guide et un instrument de référence à l'intention des établissements du secteur et de tous ceux qui s'y intéressent. Ils témoignent des préoccupations du MAS en santé communautaire et des accents particuliers sur lesquels les orientations générales souhaitables dans ce secteur doivent être fondées pour atteindre les objectifs de la loi 65.

En regard des départements de santé communautaire (DSC) dont

la création est prévue dans 31 centres hospitaliers, il importe de préciser que ces départements ne se voient pas pour autant conférer une autorité administrative sur les activités des autres centres hospitaliers ou sur celles des CLSC. Leur rôle, par ailleurs essentiel, en est un d'orientation générale, de coordination et de collaboration avec les autres établissements en vue d'atteindre les objectifs poursuivis.

DOCUMENT No. 1

L'EVOLUTION DE LA SANTE PUBLIQUE AU QUEBEC

SEPTEMBRE 1973

Dans ce bref exposé, l'on trouvera un aperçu de la situation qui prévaut actuellement au Québec dans le domaine de la santé publique et des efforts récemment entrepris par le ministère québécois des Affaires sociales en vue d'intégrer la santé publique au régime général de distribution des services de santé.

Au Québec, la santé publique et particulièrement les services de prévention, étaient sous la responsabilité directe du ministère par l'intermédiaire du réseau des unités sanitaires. Les études de la commission d'enquête sur les services de santé et de bien être ont souligné les inconvénients majeurs dus à l'existence de régimes distincts pour les services préventifs et les services de soins curatifs.

La santé publique s'est vue négligée, reléguée au second plan, par rapport au système curatif qui n'a cessé de se développer et d'attirer vers lui les ressources humaines les plus dynamiques du régime

de la santé.

Le ministère des Affaires sociales désire accorder à la santé publique et à la prévention la place de choix qui lui revient. L'isolement dont a souffert la santé publique et la médecine préventive a eu pour effet de faire regresser le fonctionnement du réseau des unités sanitaires dont le développement n'a guère progressé au cours des récentes années.

De nouveaux besoins et de nouvelles priorités nous ont amenés à prévoir le rapprochement des services de santé publique et de prévention au régime de soins généraux et à redéfinir les responsabilités des établissements du réseau du MAS à cet égard. Revoyons brièvement la nature de ces responsabilités pour les centres locaux de services communautaires et les centres hospitaliers.

Pour le MAS, la notion traditionnelle de santé publique doit être élargie et remplacée par la notion de santé communautaire. La santé communautaire comporte le concept de médecine globale et doit s'efforcer de répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé. Ceci implique une connaissance de l'état de santé de la population et l'élaboration de programmes précis en vue

d'améliorer celui-ci.

L'intégration des services de prévention ne signifie pas leur disparition, bien au contraire. Nous désirons développer ce type de services, mais demeurons convaincus qu'ils ne peuvent être dissociés des services de soins actifs. Le régime de santé doit considérer la prévention de la maladie comme une priorité et l'ensemble des professionnels de la santé développer une attitude positive face à la prévention.

L'accent mis actuellement par plusieurs médecins, infirmières, éducateurs physiques et même par la population sur le conditionnement physique est un excellent exemple des changements en cours dans ce domaine.

En vue d'assurer l'accessibilité des services de santé à la population, nous avons prévu la mise en place de centres locaux de services communautaires. Ces centres doivent offrir des services de santé généraux i.e. de première ligne: des soins globaux, continus, à la fois préventifs et curatifs. Telle est dans le secteur de la santé la principale responsabilité des CLSC.

Au niveau local, les soins courants, la vaccination des enfants, l'éducation sanitaire, deviennent la responsabilité du centre local. C'est pourquoi il importe que les unités sanitaires dispersées sur

le territoire où s'implantent des CLSC s'y intègrent dès leur mise en place.

D'ici trois ans environ, trente CLSC auront été mis en place et contribueront à la distribution des services de santé courants dans les diverses régions au Québec.

Ainsi, nous sommes convaincus qu'il sera possible d'offrir des soins préventifs et curatifs à ces populations à proximité de leur lieu de résidence et d'éviter ainsi de nombreuses hospitalisations. Aux Etats-Unis et au Canada, certaines expériences identiques ont démontré la possibilité d'y parvenir.

A l'intérieur des CLSC, nous nous efforçons de favoriser la mise en place d'équipes multidisciplinaires qui offriraient des soins courants tant au plan physique que mental. En plus d'attirer les médecins et autres professionnels de la santé dans des endroits éloignés, les CLSC devraient favoriser la répartition des tâches et la délégation des actes entre professionnels de la santé. C'est un phénomène que l'on observe quotidiennement dans les centres hospitaliers où le travail en équipe s'est développé.

Sur le plan opérationnel, dans le cas où un CLSC s'implante dans un district donné, le personnel de l'unité sanitaire y oeuvrant, de même que le personnel des services de soins à domicile, devraient s'intégrer au CLSC, tant au point de vue administratif que professionnel.

Quant aux centres hospitaliers, ils doivent aussi élargir leur responsabilité et se préoccuper de la distribution des services préventifs. Tous les établissements doivent s'efforcer de réaliser les objectifs généraux que nous avons définis dans la loi, à savoir:

1. de rendre accessible à toute personne, de façon continue et toute sa vie durant, la gamme complète des services de santé que le régime est en mesure de lui fournir;
2. d'organiser la pratique d'une médecine globale, qui intègre les fonctions de prévention, de traitement et de réadaptation, sur le plan physique aussi bien que mental;
3. de mieux adapter les services de santé aux besoins de la population, en tenant compte des particularités régionales et en répartissant ces services de la façon la plus juste et la plus rationnelle possible;
4. de favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion, pour rendre plus efficaces les services

offerts à la population;

5. de promouvoir la recherche et l'enseignement dans les secteurs qui touchent directement la santé de la collectivité, afin d'organiser une meilleure utilisation des ressources et assurer des soins de qualité sur le plan scientifique.

Toutefois, à la suite d'études effectuées au Québec, il est apparu nécessaire de préciser dans les nouvelles structures mises en place par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, certains centres de responsabilité concernant la santé publique ou plutôt la santé communautaire.

Le ministère des Affaires sociales a donc décidé de constituer, dans 31 centres hospitaliers désignés dans les 12 régions du Québec, un département de santé communautaire.

Le chef de ces départements a pour fonctions principales de faire participer les professionnels oeuvrant dans le département:

a) au fonctionnement et à la coordination des services de santé courants dans le centre hospitalier;

b) à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au développement de programmes de santé physique et mentale et de services préventifs en collaboration avec les centres locaux de services communautaires avec lesquels le centre hospitalier a un contrat de services;

c) à des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale; et

d) à des enquêtes sur les épidémies et à la mise en application de mesures de contrôle appropriées.

C'est donc dire que les départements de santé communautaire assumeront la responsabilité de la dispensation des services habituels de santé publique et de la coordination des activités qui étaient jusqu'ici attribuée aux unités sanitaires et au Service de santé dentaire du ministère. Mais ces activités impliquent aussi des rôles nouveaux qui correspondent à l'élargissement de la notion de santé publique.

Le département de santé communautaire s'appliquera à jouer un rôle de coordination à trois niveaux principalement.

Coordination au sein du centre hospitalier, d'abord, pour assurer en collaboration avec les autres départements la distribution des soins généraux requis par la population en consultation externe et en urgence, tant au point de vue physique que mental.

Coordination, ensuite, du travail de ses propres effectifs pour oeuvrer principalement à l'extérieur du centre hospitalier et rejoindre les différents sous-groupes de la population qu'il dessert, dans les postes de colonie, au sein des écoles ou des usines et dans les communautés non desservies par des CLSC.

Coordination, enfin, de l'activité des autres centres hospitaliers et des CLSC de son territoire pour la mise en place de programmes adaptés aux besoins de la population.

Les départements de santé communautaire sont donc appelés, on le voit mieux maintenant, à assumer des responsabilités considérables dans ce domaine et un leadership indispensable.

Faisant appel à des compétences d'un type nouveau, les tâches confiées au chef du département de santé communautaire doivent être assumées par un médecin à plein temps, titulaire d'un diplôme spécialisé dans le domaine de la santé publique ou posséder une formation ou expérience jugée équivalente à tel diplôme.

Ce médecin sera entouré au centre hospitalier d'une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, d'épidémiologistes chargés d'analyser l'incidence des maladies au sein de la population et de développer de nouvelles méthodes d'intervention, ainsi que de divers autres professionnels de la santé.

Les médecins, les infirmières et le personnel actuel des unités sanitaires et les dentistes à l'emploi du ministère s'intégreront soit aux CLSC, soit aux centres hospitaliers en vue de participer à la distribution des services et de contribuer à la qualité de ces services.

Le changement n'est souvent que l'adaptation des individus à la situation telle qu'elle existe. Ainsi, l'orientation proposée n'est pas nouvelle mais correspond à une tendance actuelle. Les médecins en exercice consacrent déjà une part importante de leur temps à des activités de prévention; il en est de même pour les dentistes, les infirmières, et la plupart des professionnels de la santé. La femme enceinte, l'enfant, le vieillard qui consulte reçoivent à la fois des soins préventifs et curatifs.

Les changements en cours veulent mettre l'accent sur les aspects communautaires des services, sans pour autant négliger l'aspect scientifique. La santé publique devient partie du régime de la santé et nous sommes convaincus qu'elle saura être par son action à l'intérieur des centres hospitaliers, un facteur important dans l'amélioration de l'état de santé de la population.

DOCUMENT No. 2

POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

JUILLET 1972

Le ministère des Affaires sociales assume la responsabilité de l'organisation générale du régime de la santé. La Loi sur les services de santé et les services sociaux trace les grandes lignes de cette organisation.

Ce document sur la politique du ministère en matière de santé communautaire s'inspire d'une étude préparée par un groupe de travail sous la présidence du docteur MacDonald. A partir des objectifs du régime de la santé et de la nature des services de santé publique, nous décrivons succinctement l'organisation des services de santé communautaire au Québec et les implications immédiates d'une telle organisation.

LES OBJECTIFS ET L'ORGANISATION DU REGIME DE SANTE

La politique de santé que s'est fixé le ministère des Affaires sociales vise à améliorer l'état de santé de la population du Québec. Pour atteindre ce but, une série d'objectifs particuliers sont proposés aux établissements et au personnel responsables de la distribution des soins et des services. Ces objectifs sont:

1) la pratique d'une médecine globale qui intègre les fonctions de prévention, de traitement et de réadaptation, tant sur le plan physique que mental;

2) l'instauration d'une accessibilité universelle à tous les services que le régime est susceptible de fournir;

3) l'orientation de la distribution des services de santé vers la personne et ses besoins particuliers;

4) l'amélioration constante des services de santé de telle sorte que les meilleurs services possibles soient disponibles pour tous les citoyens qui en ont besoin;

5) la recherche d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources, de sorte que la réalisation des objectifs de la politique de santé ne compromette pas les autres secteurs d'activité de la collectivité.

En résumé, l'organisation du régime doit être telle qu'on mette à la disposition de tous les citoyens du Québec les services de santé que nécessite leur état. Ces services seront complets, continus, personnalisés, accessibles, de la meilleure qualité possible et fournis au meilleur coût.

Le réalisation de ces objectifs implique des changements dans l'organisation du régime de santé et des innovations au niveau des établissements. Pour y arriver, la Loi sur les services de santé et les services sociaux propose diverses séries de mesures dont deux retiennent particulièrement l'attention: la reconnaissance de trois niveaux de soins, soit les soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés, différenciés selon la fréquence de leur incidence et selon la technologie utilisée pour les fournir; l'intégration horizontale des fonctions de prévention, de traitement et de réadaptation. Ces mesures ont une importance particulière en ce qui a trait à l'organisation des services de santé publique au Québec.

LES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

Par "services de santé publique", on entend les services dispensés à toute la collectivité par des agences publiques locales ou centrales, et visant davantage le maintien de la santé et la prévention des

maladies que le traitement des malades. Ces services n'incluent pas les actes de médecine préventive posés par un médecin auprès de ses patients ni ceux des services médicaux organisés dans les industries ou les établissements d'éducation privés.

En pratique, les services de santé publique sont apparus au milieu du siècle dernier afin d'enrayer les grandes épidémies par des mesures de contrôle épidémiologique et par l'amélioration de l'environnement. Au début du siècle actuel, les agences de santé publique commencèrent à instaurer des services de médecine préventive, d'abord pour les femmes enceintes et les nouveau-nés et plus tard, pour tous les groupes de la collectivité. De nos jours, il fait peu de doute que les services de santé publique, de pair avec l'amélioration du niveau de vie et du niveau d'éducation, sont les principaux facteurs à l'origine de l'importante amélioration de l'état général de la santé et du niveau d'espérance de vie observé dans les sociétés industrielles.

Les principales fonctions remplies par les services de santé publique peuvent être rangées sous quatre catégories: l'épidémiologie, le contrôle du milieu, les mesures individuelles de protection de la santé, l'administration et la coordination.

a) L'épidémiologie

Cette science traite de la fréquence des maladies dans la population ainsi que des facteurs qui les propagent ou les contrôlent. Décrite avec à propos comme discipline diagnostique et d'évaluation de la santé publique, elle constitue le fondement même de tout programme de santé communautaire et implique une triple tâche: la collecte d'informations, l'évaluation des programmes et l'identification des causes de la maladie.

L'épidémiologie est utile à tous les niveaux d'administration du régime de la santé, tant pour la planification à long terme que pour l'action à court terme. Se préoccupant, il n'y a pas si longtemps encore presque exclusivement des maladies infectieuses, l'épidémiologie touche aujourd'hui à tous les problèmes de santé, tant physiques que mentaux.

b) Contrôle du milieu

Si le contrôle du milieu apparaît de plus en plus une nécessité en soi, il n'en demeure pas moins que c'est en regard des problèmes de santé que cette nécessité se fait le plus sentir. D'où l'importance qu'il faut accorder aux organismes qui surveillent la pollution de l'eau et de l'air, le bruit et les risques de radiation, la sécurité au foyer, dans la rue et au travail, la qualité des aliments et autres.

Traditionnellement, ces services furent organisés et administrés par des autorités de santé publique. Devenus hautement spécialisés et fortement liés à des objectifs plus larges que ceux poursuivis par la politique de la santé, ces services ont été placés au Québec sous l'autorité d'un ministre spécialement responsable de la qualité de l'environnement.

c) Mesures individuelles de protection de la santé

Cette fonction constitue la majeure partie du travail de la plupart des professionnels de la santé publique. Elles sont des méthodes propres qui visent à assurer à tous les membres de la collectivité les services de médecine préventive requis. Ces méthodes sont au nombre de cinq:

a) protection par l'immunisation individuelle ou collective;
b) techniques de diagnostic précoce (déficience mentale, dépistage de cancer, de la tuberculose, des maladies vénériennes, du diabète, des troubles visuels et auditifs, des maladies bucco-dentaires, etc.);
c) programmes de contrôle de la santé de certains groupes spécifiques de personnes ou de maladies (femmes enceintes, nourrissons, écoliers, risques professionnels, etc.);
d) programmes spécifiques de prévention (accident à la maison et empoisonnement, alcoolisme, narcomanie, maladie mentale, malnutrition, etc.);

e) éducation sanitaire (cette préoccupation est commune aux services préventifs et curatifs, mais des programmes spécifiques sont essentiels pour l'éducation du public au sujet de différents aspects de la santé, soit l'hygiène alimentaire, l'usage du tabac et des drogues, la fluoration, etc.).

d) Administration et coordination

L'exercice efficace des diverses fonctions de santé publique exige une bonne administration et une coopération intense avec presque tous les autres organismes sanitaires et sociaux de la communauté. Le directeur d'un service de santé publique et les membres de son équipe jouent souvent un rôle important en coordonnant les tâches sanitaires qui, en général, s'accomplissent de façon isolée dans les bureaux de médecins, les hôpitaux, les cliniques industrielles, les centres de recherches et autres. Ils ont la vaste tâche d'établir les liens essentiels entre le régime de santé et les secteurs non moins complexes des services sociaux, du travail et de l'éducation.

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU QUEBEC

Au cours de la dernière décennie, le concept de santé publique s'est modifié en fonction des besoins des individus et des collec-

tivités. L'organisation des services de santé et la distribution des services au niveau de la communauté sont devenues une préoccupation majeure des personnes impliquées dans le domaine de la santé publique. C'est ainsi que l'expression de "Santé communautaire" remplace de plus en plus celle de "santé publique" pour décrire ce type d'activité. C'est celle que nous utiliserons à l'avenir.

Le rôle des services de santé communautaire doit être situé dans le contexte général des services de santé du Québec d'aujourd'hui, tout en tenant compte de son évolution prévisible au cours des prochaines dix ou vingt années. Le ministère des Affaires sociales a clairement indiqué dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les règlements qui l'accompagnent, ses préoccupations dans le domaine de la santé communautaire: planification gouvernementale des services de santé et des services sociaux, mise en place de conseils régionaux, priorité accordée à l'implantation de centres locaux de services communautaires et redéfinition du rôle des centres hospitaliers.

Bien sûr, les résultats concrets ne se manifesteront que graduellement. D'autant plus que le centre local de services communautaires dont le rôle est important sur le plan de la santé communautaire est un établissement d'un type nouveau dont il n'existe

encore que peu d'exemples. Ce n'est pas une raison toutefois pour qu'il y ait dans la phase transitoire une diminution des services de santé communautaire destinés à prévenir la maladie ou à améliorer le fonctionnement du régime de la santé: pas plus que ce n'est une raison pour retarder une intégration aussi complète que possible des fonctions de santé communautaire au sein du régime général de santé, dans la mesure où leur efficacité ne s'en trouve pas réduite.

L'expérience de plusieurs pays et des Provinces du Canada dont le Québec en particulier démontre de façon claire qu'un régime parallèle de santé communautaire est inefficace aussi bien sur le plan de la qualité que sur celui de la productivité. Aussi peut-on croire, en principe du moins, que son intégration au régime de la santé permet une meilleure coordination de toutes les fonctions de santé. Sur le plan pratique toutefois, il faut constater que l'intégration des services de santé communautaire au régime général pourrait entraîner leur disparition à peu près complète, si aucun effort particulier n'est tenté pour leur donner une place dynamique dans l'ensemble du régime. L'intégration ne doit pas être un simple transfert de personnel, mais doit s'effectuer dans un cadre qui permet le développement des fonctions d'information, de coordination, d'évaluation, de surveillance et de prévention. Il faut donc examiner la place qui sera faite aux fonctions de santé

communautaire dans les divers organismes administratifs et établissements du régime de santé: ministère des Affaires sociales, conseils régionaux, centres hospitaliers et centres locaux de services communautaires.

a) Le ministère des Affaires sociales

L'épidémiologie étant la science fondamentale de l'étude des besoins de santé et de l'évaluation des soins, elle doit fournir les instruments essentiels à la planification et à la programmation des services de santé. Nous reconnaissons l'apport important des sciences économiques, sociologiques et statistiques à la planification. Mais cette contribution est largement conditionnée par la valeur de l'étude épidémiologique de l'état de santé de la population et de l'impact des services de santé et des services sociaux.

Le ministère des Affaires sociales est responsable de la planification et de la programmation générale des services de santé. Il utilise les données épidémiologiques existantes. Il se doit donc de développer les trois aspects fondamentaux de la fonction épidémiologique: l'information sur la santé de la population, l'évaluation et la recherche. L'information doit porter surtout sur l'analyse comparative des statistiques québécoises, canadiennes et étrangères, ainsi que sur l'étude des disparités régionales. L'évaluation doit porter sur l'utilisation et l'efficacité des services à moyen

et à long terme. La recherche, orientée sur la découverte des causes, devra se développer en étroite collaboration avec les centres de recherches universitaires de façon à utiliser au maximum les spécialistes qui y sont regroupés.

b) Les conseils régionaux

Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux ont une responsabilité au plan de l'évaluation et de la régulation des services dispensés sur leur territoire. Ceci implique que des équipes épidémiologiques soient capables de mener des enquêtes spécifiques tant sur des problèmes précis de santé que sur le fonctionnement des services dans leur région. A cette fin, il est indispensable que les conseils régionaux obtiennent la collaboration étroite des universités, en particulier des départements de médecine sociale et préventive ou de médecine communautaire des facultés de médecine. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit des mécanismes de liaison entre les établissements dont pourront s'inspirer les conseils régionaux. Ceux-ci devront en outre s'assurer que la population reçoit tous les services préventifs prévus par le ministère, tant sur le plan physique que mental et favoriser les programmes de protection de la santé.

c) Centres hospitaliers

Dans le cadre du nouveau rôle qui leur est dévolu, les cen-

tres hospitaliers doivent assumer la gestion et la distribution des soins spécialisés et ultraspécialisés à toute la population de la zone qu'ils desservent. La place des centres hospitaliers dans le régime de la santé, les responsabilités qu'ils assument et la taille de leur clientèle constituent les trois facteurs qui font des centres hospitaliers des pivots importants de la coordination des services de santé communautaire, ceci en étroite relation avec le conseil régional.

Les centres hospitaliers devront développer des programmes de santé communautaire afin de répondre aux besoins particuliers de la population dont ils sont responsables à différents niveaux, ceci en collaboration avec les centres locaux de services communautaires qui lui seront affiliés. La position stratégique des centres hospitaliers leur permet de regrouper les ressources communautaires et de coordonner leurs efforts en fonction des programmes de santé établis pour la population. Ils jouent donc un rôle prédominant dans la mise en oeuvre des mesures individuelles de protection de la santé.

Au chapitre des services préventifs qui demandent une organisation plus grande que celle d'un centre local de services communautaires et qui s'adressent à une population plus vaste que la population d'un district (tels les services de dépistage, d'immunisation de masse et de santé scolaire, la médecine industrielle et certains services dentaires), les centres hospitaliers devront s'assurer que ces services

sont organisés le plus efficacement possible et respectent des normes uniformes dans la zone touchée. Ils devront en outre établir et maintenir des communications régulières avec les autres secteurs, tels les services sociaux, l'éducation, le travail et l'environnement.

Les fonctions nouvelles des centres hospitaliers que nous venons de définir seront réservées au début aux centres où un département de santé communautaire est créé.

i) Les départements de santé communautaire

Les projets de règlements en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient la création de départements de santé communautaire dans trente-et-un centres hospitaliers. Ces centres hospitaliers doivent ainsi accepter une nouvelle responsabilité et incorporer un personnel nouveau dans leurs cadres; ce changement produira probablement certaines difficultés d'ajustement. Mais nous croyons qu'il s'agit là d'une mesure précise et concrète qui amènera les centres hospitaliers à jouer le rôle communautaire proposé par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et assurera la cohésion de l'organisation des services de santé.

Les services de santé communautaire doivent se refléter dans la structure hospitalière, à un niveau de pouvoir et de prestige

égal à celui des autres services déjà assumés par les hôpitaux. Le département de santé communautaire a la responsabilité:

1- de participer aux études des besoins de santé de la population et de conseiller le conseil d'administration du centre hospitalier et le conseil régional sur les moyens à prendre pour y répondre;
2- d'enquêter sur toute épidémie de maladie ou d'accidents et d'organiser les mesures de contrôle appropriées;
3- de promouvoir le développement des services préventifs dans le réseau des centres locaux de services communautaires de leur territoire;
4- de développer, en collaboration avec tous les centres locaux de services communautaires affiliés au centre hospitalier, des programmes de santé sur le plan physique et mental qui répondent aux besoins particuliers de la population qu'ils desservent.

ii) Le personnel des départements de santé communautaire

Les départements de santé communautaire seront sous l'autorité d'un directeur. Celui-ci possédera la formation voulue en médecine, en épidémiologie et en administration. Au chapitre des normes générales, le ministère suggère, pour un département de santé communautaire, le personnel suivant: un médecin avec formation en santé communautaire, en santé publique ou en hygiène publique pour chaque cent mille habitants; une équipe d'infirmières qualifiées, dont

le nombre variera selon la population et les équipes existantes dans les CLSC de la zone desservie par le centre hospitalier.

Enfin, il est souhaitable que chaque département de santé communautaire s'affilie directement au département de médecine sociale et préventive ou de santé communautaire d'une université: cette affiliation permettra de développer les programmes d'enseignement pré-gradué et de formation post-graduée. De plus, les départements hospitaliers pourront ainsi participer aux activités de recherche et s'assurer une collaboration continue de la part de l'université.

d) Les centres locaux de services communautaires

Les centres locaux de services communautaires constituent la première ligne de service. Comme ils répondront éventuellement à environ 80% de la demande de services, ils sont tout désignés pour que leur soient intégrés les soins préventifs et curatifs. L'intégration doit s'accomplir par la réunion des équipes de soins préventifs et curatifs dans une seule équipe multidisciplinaire responsable de la distribution de services complets à la population d'un district déterminé. Nous croyons que la même approche vaut tant pour les services dentaires que pour les services médicaux.

Le centre local est l'endroit où doivent principalement s'accomplir les mesures individuelles pour la protection de la santé

tels l'immunisation, le dépistage précoce, les programmes de contrôle et de prévention, l'éducation sanitaire. Il s'agit là d'une responsabilité primordiale des centres locaux dans la distribution des services de santé.

IMPLICATIONS IMMEDIATES

La situation dans laquelle les hôpitaux et les unités sanitaires se trouvent actuellement implique que l'intégration proposée ne pourra pas s'appliquer immédiatement dans tout le Québec. Par contre, les problèmes importants et urgents des unités sanitaires ne sauraient d'une part rester sans réponse et d'autre part, l'intégration devrait quand même être préparée dans les plus brefs délais.

Pendant la période de transition, toutes les unités sanitaires demeurent en opération. Cependant, le personnel actuel doit être préparé graduellement au transfert et avoir l'assurance de conserver tous ses droits acquis.

L'intégration s'effectuera par aires géographiques, au fur et à mesure que les centres hospitaliers désignés rempliront les conditions requises. Par ailleurs, nous croyons que plusieurs unités sanitaires peuvent être rapidement transformées en centres locaux de services communautaires en se regroupant avec d'autres services qui existent actuellement dans un district. D'autres, par contre, devront

être fermées et le département de santé communautaire assumera alors directement la responsabilité des services préventifs et autres fonctions de l'unité sanitaire, jusqu'au développement du réseau de CLSC qui permettra une décentralisation de la distribution des services et l'intégration des services préventifs et curatifs de première ligne.

CONCLUSION

Le ministère des Affaires sociales attache une grande importance à l'organisation des services de santé communautaire au Québec. Il s'agit là d'une étape importante en vue d'assurer les services préventifs de qualité et la mise en oeuvre de programmes qui contribueront à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population.

DOCUMENT No. 3

LE ROLE DU CENTRE HOSPITALIER

DANS LE DOMAINE DES SOINS GENERAUX

FEVRIER 1973

LE ROLE DU CENTRE HOSPITALIER

DANS LE DOMAINE DES SOINS GENERAUX

Une politique complète de la santé vise à améliorer l'état de santé physique et mentale de la population. Avant tout, il faut donc chercher à instaurer un régime complet fondé sur une conception globale de l'homme.

La médecine doit s'exercer dans le cadre d'un système ouvert. A cette fin, il importe que les soins satisfassent les besoins réels de la population, soient accessibles au triple point de vue physique, financier et social et distribués selon des modes qui respectent la dignité de la personne humaine et ses attentes. De plus, le régime doit être sensible aux influences de la société et s'adapter constamment aux conditions du milieu et à ses contraintes.

Le régime de la santé que nous nous efforçons d'implanter au Québec gravite autour de trois éléments fondamentaux: les niveaux de soins (généraux, spécialisés, ultraspécialisés), les établissements de santé en fonction des niveaux de soins et l'équilibre entre les ressources et les besoins au plan régional. Le Ministère a prévu deux catégories d'établissements publics dans le domaine de la santé: les centres hospitaliers et les C.L.S.C. Il existera en plus des cabinets privés ou polycliniques. Nous nous efforcerons dans ce domaine de préciser le rôle des centres hospitaliers dans la distribution des soins généraux de santé.

Le niveau de soins généraux groupe des soins qui satisfont aux besoins courants de la population, sans faire appel, de façon régulière et continue, aux effectifs et aux installations spécialisés. Le centre local de services communautaires (C.L.S.C.) est le noyau de l'organisation des soins généraux et le Ministère considère que les C.L.S.C. doivent s'implanter progressivement selon les critères antérieurement définis. (1)

Par ailleurs, les centres hospitaliers demeurent responsables de la distribution des soins spécialisés et ultraspécialisés. Ces soins comprennent l'hospitalisation du malade ainsi qu'une gamme de soins dispensés par les services externes: services d'urgence spécialisés, consultations spécialisés, examens de laboratoire et de radiologie.

Mais la dispensation de soins généraux par le centre hospitalier est une réalité qu'il faut accepter. Cette situation répond à une demande du public qui est devenue de plus en plus pressante au cours des dernières années.

La couverture des services externes par le régime d'assurance-hospitalisation, la mise en vigueur du régime d'assurance-maladie et la concentration de la pratique du médecin en milieu hospitalier ont conduit une proportion de plus en plus importante de personnes souffrant de malaises courants à se présenter directement à l'hôpital. On estime que ce type de demande constitue environ 50 pour cent de l'activité en services externes.

---

(1) Voir texte sur les C.L.S.C., document III

... Dès lors, l'hôpital est déjà confronté par ce problème de transformation de son organisation pour répondre à cette demande de soins généraux.

Quelques hôpitaux ont relevé ce défi. Puisqu'ils n'allaient plus strictement répondre à des urgences, ils ont mis sur pied des services externes bien organisés. Ils se sont assurés de la présence continue de médecins et d'infirmières dans les services externes. Ils ont mis en place un service d'accueil de même qu'un système de rendez-vous. Mais c'est encore l'exception.

En confiant aux centres hospitaliers une responsabilité au niveau des soins généraux, le Ministère est conscient d'exiger de la plupart une transformation des attitudes et de l'organisation. Car il s'agit moins d'une addition de tâche que d'un type nouveau d'activité qui prend sa racine dans les besoins globaux d'une population à desservir. Dans cette perspective, il faut tenir compte de l'existence des cabinets privés des médecins omnipraticiens et spécialistes et des polycliniques. C'est pourquoi il importe de préciser les conditions de base d'implantation, de fonctionnement et de financement des services de soins généraux dans les cliniques externes des centres hospitaliers.

Conditions de base d'implantation:

A - Critères d'implantation

Les centres hospitaliers doivent donc de toute nécessité accepter une responsabilité dans la distribution des soins généraux et desservir à cette fin un territoire géographique

... bien défini. Le district est une division territoriale comprenant une population minimum de 30,000 en milieu urbain et de 10,000 en milieu rural. Les établissements des services de santé et sociaux généraux doivent de façon générale être accessibles en 30 minutes environ pour la population du territoire.

De façon générale, le Ministère considère qu'il se doit d'utiliser les ressources humaines et physiques existantes et d'éviter tout dédoublement tout en assurant l'accessibilité aux soins généraux à la population. C'est dans ce but que les critères d'implantation suivants ont été approuvés:

a) Les districts doivent normalement disposer d'un centre local de services communautaires. Le C.L.S.C. est développé en vue d'assurer l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux courants.

b) Toutefois, lorsqu'il existe un centre hospitalier dans un district, celui-ci est appelé à assurer une partie des soins généraux de santé à la population desservie. Le centre hospitalier doit alors assumer notamment des fonctions d'accueil, d'information, d'éducation sanitaire, de prévention, de traitement, d'urgence mineure et de réadaptation.

c) Ces critères n'excluent pas l'implantation de C.L.S.C. dans les districts où l'accès social ou physique aux soins est particulièrement difficile, malgré l'existence d'un centre hospitalier, que ce soit en raison de la densité de la population, de la distance ou des besoins de la population.

d) Lorsque le bassin de population est en deçà de 10,000 habitants, on doit considérer plutôt la mise en place d'une unité de soins généraux de santé reliée soit à un C.L.S.C., soit à un centre hospitalier qui offre déjà les services d'une unité de soins généraux.

Afin de bien dissocier la vocation générale des centres hospitaliers de leur vocation spécialisée, l'accueil, les soins courants et d'urgence mineure doivent être développés sur la base d'une unité organisationnelle distincte des services externes d'urgence majeure, de radiologie et de laboratoires. On pourra par contre juger opportun d'y inclure les consultations spécialisées.

Le programme

Pour la plupart des hôpitaux dont les consultations externes sont organisées d'abord en fonction des soins d'urgence et des consultations spécialisées, il s'agit donc de mettre sur pied un nouveau programme, celui des soins généraux.

A cette fin, on s'attend à ce que l'hôpital soit en mesure d'évaluer la proportion des activités de ses services externes qui constituent des soins généraux de premier niveau. Qu'il soit en mesure de plus d'établir une prévision de la demande future pour ce type de soins, compte tenu de l'élargissement de son rôle et du bassin de population qu'il est appelé à desservir.

Conçu comme service à la communauté et orienté vers la promotion et le maintien de la santé, le programme de soins généraux comporte plusieurs éléments: l'accueil, l'information, l'éducation, la prévention, le traitement et la réadaptation.

Les ressources

La mise en place d'un programme de soins généraux, selon l'orientation dans laquelle on le conçoit, a des répercussions importantes sur les ressources humaines qui y participent.

Le Ministère compte sur les ressources professionnelles du milieu hospitalier pour opérer les transformations nécessaires. Les médecins généralistes et spécialistes devraient y voir l'opportunité d'une pratique plus satisfaisante, orientée vers les besoins à long terme de la personne, appuyée des ressources professionnelles d'une équipe de santé. Dans le passé, les professionnels, médecins et administrateurs ont parfois fait état des éléments de frustration qui accompagnent la pratique en clinique externe. Les raisons apportées nous conduisent à croire qu'ils verront dans l'implantation de programmes de soins généraux un potentiel d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services rendus.

Par ailleurs, la réalisation de ce programme dépend dans une large mesure de l'attitude des médecins qui devront s'engager vis-à-vis ce programme et le centre hospitalier qui en a la responsabilité. Le régime de pratique libérale et le mode de

... financement de l'assurance-maladie qui y est rattaché constitue, nous en sommes conscients, un élément désincitatif vis-à-vis un tel engagement. Par contre, à notre point de vue et à moins que les médecins en fassent eux-mêmes la preuve contraire, il n'est pas indispensable de modifier ce régime général pour que se concrétise un contrat de services entre le professionnel et l'hôpital. Un tel contrat doit assurer le centre hospitalier des services continus d'un groupe de médecins. Au médecin, il doit assurer des conditions de travail qui reconnaissent les exigences d'une pratique de première ligne, qui puissent répondre à ses aspirations professionnelles, tout en respectant les objectifs du programme et les conditions les plus favorables à une pratique multidisciplinaire.

Par contre, l'accent sur la promotion de la santé et la continuité des soins permet à l'infirmière d'exercer un rôle beaucoup plus important qu'elle n'a pu le faire jusqu'ici au sein d'une équipe de santé. Il appartient aux hôpitaux, aux médecins et à la population de reconnaître et d'appuyer l'émergence de ce rôle.

Enfin, il est indispensable que l'unité de soins généraux définisse et développe une fonction d'accueil qui pourra être assumée par un personnel de l'hôpital formé à cette tâche. L'objectif de l'accueil est de réduire la distance sociologique entre l'hôpital et la population qu'il dessert.

L'aménagement physique

Ce même objectif exige un aménagement physique qui soit conçu dans la mesure du possible en fonction du malade.

... Les transformations physiques de l'hôpital peuvent à l'occasion être considérées comme une contrainte majeure. Toutefois, rappelons que les consultations au niveau des soins généraux nécessitent très peu d'équipements spécialisés. Une salle d'accueil, un ensemble de bureaux avec salles d'examens, salles pour le prélèvement, salles de réunions, répondent à la conception de l'unité de soins généraux.

Il n'est pas nécessaire que ces consultations se situent à proximité des laboratoires et des services de radiologie. Dans ces conditions, il est possible d'aménager une unité facilement accessible au patient ambulant, d'où le personnel d'accueil le dirigera vers les services plus spécialisés, s'il y a lieu.

L'organisation

L'unité de soins généraux est responsable de la distribution des soins généraux et fait intégralement partie du centre hospitalier au même titre que les autres départements. Le programme de soins est sous la responsabilité immédiate d'un directeur. Les soins généraux deviennent des activités qui sont placées sous l'autorité administrative et professionnelle du centre hospitalier, au même titre que les autres activités du centre: système de rendez-vous, contrôle professionnel et discipline, dossier unique...

De plus, les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient que dans les centres hospitaliers qui doivent mettre sur pied un département de santé communautaire, l'unité de soins généraux fait partie de ce département.

Les règlements stipulent que le chef de ce département a entre autres pour fonctions:

"de faire participer les professionnels oeuvrant dans le département

a) au fonctionnement et à la coordination des services de santé courants dans le centre hospitalier;

b) à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au développement de programmes de santé physique et mentale et de services préventifs en collaboration avec les centres locaux de services communautaires avec lesquels le centre hospitalier a un contrat de service."

Ceci implique que le centre hospitalier qui n'est pas désigné pour développer un département de santé communautaire doit contracter des liens de services avec le département de santé communautaire le plus rapproché. C'est à ce dernier, en effet, qu'est dévolue la responsabilité de son territoire au plan des études de besoins, des mesures de contrôle des épidémies et du développement de certains programmes de santé et des services préventifs.

Il est également souhaitable que l'unité de soins généraux du centre hospitalier établisse des liens avec les autres éléments du réseau qui ont pour mission les services sociaux généraux et spécialisés ou des services de santé plus spécialisés. L'on vise ainsi une intégration plus dynamique des activités de l'hôpital dans l'ensemble du réseau des services de santé.

Dans le but d'intégrer les activités de santé publique au milieu hospitalier, le Ministère confie au département

... de santé communautaire le soin de développer des programmes de prévention et d'hygiène scolaire. Les unités de soins généraux dans les centres hospitaliers et les centres locaux de services communautaires seront les lieux d'exécution de ces programmes avec les activités que cela comporte au plan du "reaching out" et de la relance, de la continuité et de l'évaluation des soins.

En vue de s'assurer des communications soutenues avec la communauté desservie et les autres éléments du réseau, les unités de soins généraux devraient former des groupes consultatifs composés de représentants de la population, des consommateurs et des principaux organismes avec lesquels elles doivent coordonner leur action.

Le financement

Dans l'implantation des programmes de soins généraux au sein des services externes des hôpitaux, le Ministère considère comme contrainte les ressources physiques déjà existantes. Des sommes importantes ont été allouées depuis quelques années à l'amélioration des services externes des centres hospitaliers. De plus, la concentration des services très spécialisés dans un nombre plus petit d'hôpitaux permettra de libérer des espaces et ainsi, d'accroître les facilités d'accueil aux services externes. Dans ce domaine, le Ministère estime que le budget d'investissements additionnel, qui s'avérera nécessaire pour mettre au point les programmes de soins généraux, devrait demeurer limité.

Quant au budget de fonctionnement, il tiendra compte qu'il s'agit d'un nouveau programme comprenant un ensemble d'activités dont, l'expérience de l'assurance-maladie nous conduit à le croire, une partie substantielle est déjà assumée par les consultations externes actuelles.

Une autre partie proviendra de l'intégration des unités sanitaires, des services d'hygiène scolaire et des services de soins à domicile. Une troisième partie devra être liée à l'aspect nouveau de cette vocation de l'hôpital, à la prise en charge d'un type de services, dont le modèle actuellement, existe à peu d'exemplaires.

Le Ministère considère que les médecins devront assurer une responsabilité financière pour les frais afférents à la consultation médicale en milieu hospitalier au triple point de vue de l'utilisation des locaux, du personnel, des fournitures et de certains équipements. Les médecins assument déjà cette responsabilité financière en cabinet privé, et il y a lieu qu'ils l'assument tout au moins partiellement en milieu hospitalier. Les tarifs actuels de la rémunération à l'acte des médecins prend en considération cette responsabilité financière. Le manque à gagner résultant pour les médecins, du différentiel existant pour certains actes selon qu'ils sont exécutés ou non en milieu hospitalier doit être pris en compte en attendant une uniformisation du tarif pour chaque acte indépendamment du lieu d'exercice. L'application de cette politique nécessitera un partage de coûts entre l'hôpital et les médecins qui y pratiquent. Un autre document élabore cette nouvelle politique du ministère des Affaires sociales.

Conclusion

Ce document tente de situer le rôle du centre hospitalier dans la distribution des soins généraux. Le centre hospitalier assume la distribution des soins généraux de santé dans le district où il est situé. Il s'agit là d'une option fondamentale en vue de l'implantation du régime de la santé préconisé par le Ministère.

Un autre principe se dégage de cette orientation, à savoir que les médecins devront à l'intérieur du centre hospitalier assumer partiellement la responsabilité financière pour les frais afférents à leur pratique médicale qu'il s'agisse de soins généraux ou de soins spécialisés. Le document qui suit spécifie les modalités d'application de ce principe général.

DOCUMENT No. 4

LES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

(C.L.S.C.)

JUIN 1972

INTRODUCTION

La mise en place d'un réseau de centres locaux de services communautaires appelés à fournir des services intégrés de première ligne s'inscrit dans la politique sociale du Ministère. Cette politique a pour but de mieux adapter les services aux besoins de la population, de les rendre plus accessibles et d'en assurer la qualité et la continuité.

La création de ce réseau (C.L.S.C.) constitue, pour le ministère des Affaires sociales, un moyen d'atteindre les objectifs sociaux qu'il s'est fixés: le relèvement de l'état de santé de la population, l'amélioration des conditions sociales des individus et des groupes ainsi que de l'état du milieu où s'inscrivent leurs activités.

Règle générale, les centres locaux de services communautaires constitueront le premier point de contact des individus avec les services de santé et les services sociaux. Par conséquent, ils offriront aux individus, aux familles et à la collectivité locale des services de base facilement accessibles dans les domaines de la santé et des services sociaux; ils en assureront aussi la continuité en maintenant une communication constante avec les autres types d'établissements du réseau d'affaires sociales tels que les centres hospitaliers, les centres de services sociaux et les centres d'accueil. Il s'agit ici d'une première étape en vue de corriger le morcellement des services de santé et des services sociaux actuels.

L'intégration de services communautaires implique, au niveau des centres locaux, une approche polyvalente et multidisciplinaire. Dans la distribution des soins, on devra donc considérer les problèmes des individus de façon globale, à la lumière de leur milieu familial, professionnel et social.

Le ministère des Affaires sociales souhaite qu'en plus de répondre aux besoins des individus et des groupes, le centre local de services communautaires soit pour la collectivité l'instrument d'une meilleure qualité de vie. Par leur action directe sur les problèmes sociaux de cette collectivité, l'équipe du centre local de services communautaires et la population qui le fréquente deviennent un élément dynamique de développement social.

I- DEFINITION

Le centre local de services communautaires est un établissement qui assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaires et sociales notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des soins ou des services sociaux, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les autres établissements les plus aptes à les aider. Ils répondent ainsi, et sur une base externe, à la majorité des besoins courants de la population.

Pour jouer pleinement son rôle, chaque centre local de services communautaires doit établir et maintenir des liens étroits avec les autres établissements d'affaires sociales du district où il est situé. En plus d'élargir la gamme des services disponibles, ces échanges favorisent la mise en place de mécanismes d'évaluation de la qualité des services et du rendement du centre local de services communautaires.

Le centre local de services communautaires se situe donc à mi-chemin entre, d'une part, les cabinets privés de professionnels et, d'autre part, les centres hospitaliers, les centres de services sociaux ou les centres d'accueil. Il devient de la sorte la principale porte d'entrée du réseau public d'affaires sociales.

II- LE FONCTIONNEMENT PAR PROGRAMMES

Les centres locaux de services communautaires groupent leurs activités sous forme de programmes parmi lesquels on distingue un programme général et des programmes complémentaires.

III- LE PROGRAMME GENERAL

Trois types d'activités composent le programme général de tout centre local de services communautaires: l'accueil, les soins et l'action communautaire. Il convient toutefois de noter que le dosage de ces trois éléments peut varier selon les besoins du milieu; il s'agit alors, et selon les priorités établies, de déplacer l'accent sur la prévention, le traitement, la réadaptation ou l'action communautaire.

A) L'accueil

L'accueil a pour but de rendre les services plus humains et d'informer la population des services accessibles. Les fonctions de l'accueil comprennent:

1) La réception

Une réceptionniste doit accueillir les gens à leur arrivée, les diriger vers une salle d'attente ou un bureau d'inscription et les assister au besoin.

2) L'inscription

C'est à l'inscription qu'on obtient, avec tact et discrétion, les renseignements essentiels et les signatures nécessaires à l'ouverture des dossiers ou à l'émission des documents pertinents. On y recueille des informations de fond reflétant les besoins des individus et de la collectivité. Ces renseignements peuvent servir à la compilation de données statistiques.

3) L'information et l'orientation

Le personnel préposé à l'information et à l'orientation aide la population à prendre connaissance des services disponibles aussi bien au centre que dans les autres établissements du district: bureau d'aide sociale, centre de main-d'oeuvre, centre hospitalier, centre de services sociaux, centre d'accueil, etc...

B) Les soins (services de santé et services sociaux)

Ces activités visent surtout à maintenir et à promouvoir la santé physique et mentale, ainsi qu'à rétablir et encourager l'équilibre dynamique de la personne en vue de l'exercice de ses multiples fonctions. Les soins offerts doivent être personnels et continus, aussi bien au centre lui-même qu'à domicile.

1) Les services sociaux:

Les services sociaux offerts répondent aux besoins courants des individus et prévoient les activités suivantes:

- l'identification rapide des besoins des personnes;
- le traitement à court terme, y compris l'orientation vers d'autres ressources communautaires ou vers les services spécialisés des centres de services sociaux et centres d'accueil;
- la relance, afin de vérifier si les services rendus sont adéquats et ont résolu le problème;
- le développement de groupes d'entraide tels que des

... groupes de préparation à la vie familiale, des groupes de personnes âgées, des groupes d'alcooliques et de toxicomanes, etc...
- la prévention de la délinquance juvénile.

2) Les services de santé:

Quant aux services de santé offerts par les centres locaux de services communautaires, ils répondent eux aussi aux besoins courants et comportent les activités suivantes:

- la prévention (immunisation, dépistage...);
- le diagnostic et le traitement;
- la réadaptation;
- la référence aux services spécialisés des centres hospitaliers;
- la relance afin de vérifier l'amélioration de l'état de santé ou la qualité des services rendus.

3) Les soins d'urgences (médicaux et sociaux):

Ces soins comportent les activités suivantes:

- le traitement des urgences mineures (plaies superficielles, toxicomanie...);
- la distribution des soins essentiels à la survie d'un patient et le transfert de celui-ci à un centre hospitalier;
- l'intervention sociale en phase aiguë auprès des individus ou des familles (protection d'enfants abandonnés, familles évincées, etc...)

4) Les services de soutien:

On peut retrouver dans les centres locaux de services communautaires les équipements nécessaires au prélèvement d'échantillons sanguins ou autres, les appareils nécessaires au tracé d'électrocardiogrammes et, dans certains cas, des appareils radiologiques simples comme ceux qui servent actuellement au dépistage de la tuberculose. Il convient de noter que l'analyse ou l'interprétation des éléments recueillis se fait au centre local ou au centre hospitalier, selon les disponibilités du milieu.

C) L'action communautaire

Les services d'action communautaire sont conçus pour amener la population à participer à l'identification et à la solution des problèmes de santé ou des problèmes sociaux du milieu.

L'information, l'animation et l'éducation constituent les trois principales activités de l'action communautaire.

IV- LES PROGRAMMES COMPLEMENTAIRES

Outre le programme général précédemment décrit, les centres locaux de services communautaires doivent prévoir et créer des programmes complémentaires orientés vers des objectifs spécifiques et déterminés en fonction des besoins réels du milieu.

Les programmes suivants ont été identifiés:

1) Santé mentale

Une équipe de psychiatrie communautaire (psychiatre, psychologue, travailleur social, infirmière) à la fois rattachée à un centre local de services communautaires et à un centre hospitalier peut se joindre à l'équipe de base du centre local de services communautaires afin de prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques.

2) Services de santé et services sociaux en milieu scolaire

Le centre local de services communautaires offre ce programme lorsque le territoire qu'il dessert correspond à celui de la commission scolaire régionale (ou commission scolaire locale regroupée).

3) Surveillance de la grossesse et des nouveau-nés.

Ce programme assure les services de santé et les services sociaux aux femmes enceintes et aux nouveau-nés.

4) Services de santé et services sociaux pour personnes âgées

Ce programme comprend des soins généraux adaptés aux besoins des personnes âgées aussi bien que des services à domicile.

5) Hygiène dentaire

Orienté exclusivement vers la prévention des maladies bucco-dentaires, ce programme comporte des activités d'éducation, de démonstration et de surveillance en particulier en milieu scolaire.

6) Education sanitaire

Ce programme vise à utiliser les moyens les plus aptes à sensibiliser les individus et à créer des motivations positives vis-à-vis la santé, en faisant prendre conscience aux individus qu'il leur est possible d'agir personnellement et collectivement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé.

7) Planification familiale

Ce programme vise essentiellement à sensibiliser les individus aux impératifs de la planification familiale et à définir les moyens d'intervention appropriés.

8) Abus de drogues

Le programme de services de santé et de services sociaux touche aussi bien la prévention que le traitement et la réadaptation.

V- LE PERSONNEL

Le personnel nécessaire au fonctionnement d'un centre local de services communautaires se constitue à partir

... d'un noyau affecté au programme général. Variant en nombre selon le volume de population desservie, selon les besoins identifiés dans le milieu et selon la quantité des autres ressources disponibles, ce noyau offre des garanties valables d'implantation et d'opération, quelle que soit la localisation du centre local de services communautaires.

Au niveau du recrutement, on met l'accent sur les impératifs de compétence, de travail d'équipe et de motivation à l'égard des objectifs poursuivis.

Le personnel prévu pour le programme général comprend:

A) Accueil

a) réception	une réceptionniste
b) inscription	une technicienne-archiviste une dactylo-réceptionniste
c) orientation information	conseiller social une personne de préférence bénévole

B) Services de santé

Puisque le programme général du centre local de services communautaires offrira des services de santé se limitant aux soins généraux, on développera très peu de services à caractère spécialisé. Le personnel prévu est le suivant:

a) Médecins: pour assurer une disponibilité suffisante, pour répondre aux exigences des activités de prévention, de

consultation, de visites à domicile et de traitement, pour tenir compte des exigences de la pratique en milieu hospitalier, il faut prévoir la participation d'une équipe regroupant de deux à quatre médecins;

b) Deux infirmières: les infirmières effectuent des tâches qui leur sont propres en collaboration avec les autres membres de l'équipe des professionnels du centre.

c) Une secrétaire médicale: celle-ci s'occupe des dossiers, de la correspondance, des rendez-vous, du téléphone, des formulaires, etc...

C) Services sociaux

Pour le programme d'évaluation et de traitement précédemment décrit, on prévoit:

- un travailleur social
- deux conseillers sociaux
- une dactylo-transcriptrice
- une secrétaire (également au service du conseiller social en action communautaire)

D) Action communautaire

Les services d'action communautaire sont assurés par un conseiller social.

E) Services administratifs

La structure administrative doit être simple et le personnel réduit à un minimum pour le programme général.

Outre le directeur général, le personnel prévu comprend:

- un attaché d'administration
- une secrétaire

F) Pour les programmes complémentaires

Les programmes complémentaires, une fois approuvés, justifient l'embauche, autour du noyau initial de personnel, d'équipes additionnelles oeuvrant aussi sur une base multidisciplinaire.

VI- REMUNERATION DES MEDECINS

La rémunération offerte aux médecins dans les centres locaux de services communautaires doit leur assurer un revenu stable et comparable à celui des autres médecins, quel que soit l'endroit où ils pratiquent. Cette rémunération doit favoriser la poursuite des objectifs du centre local de services communautaires et, de façon particulière, le travail en équipe.

Le Ministère considère que divers modes de rémunération peuvent être envisagés. Pour les centres locaux de services communautaires, il favorise les deux suivants:

1) La vacation

La vacation est pour le moment le mode de rémunération privilégié dans les centres locaux de services communautaires. Ce système favorise la stabilisation et le contrôle

des coûts d'opération du centre local de services communautaires, et il est à même d'encourager le travail d'équipe.

2) Le salariat

Le salariat est une autre formule qui permet d'atteindre les objectifs poursuivis par les professionnels du centre.

Il s'agit là des deux modes de rémunération qui sont reconnus comme acceptables par les médecins. Toutefois, chaque cas particulier devra faire l'objet d'une entente entre le médecin et les administrateurs du centre local de services communautaires, dans le cadre des ententes négociées entre le ministère des Affaires sociales et les fédérations syndicales.

VII- LES STRUCTURES

Les structures administratives de tout centre local de services communautaires se conforment aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elles se composent essentiellement d'un conseil d'administration, d'un comité administratif, d'un directeur général et du personnel.

Le Conseil d'administration comprend neuf (9) personnes qui en font partie au fur et à mesure de leur élection ou nomination: cinq personnes représentant les usagers des services du centre, deux personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil, une personne désignée pour représenter les professionnels exerçant dans le centre, et une autre désignée pour représenter le personnel non-professionnel. En plus, lorsque le centre local de services communautaires est relié par contrat de

... service avec des centres hospitaliers ou des centres de services sociaux, ces deux groupes d'établissement se font représenter chacun par un délégué.

Le Comité administratif se compose du président et de quatre autres membres du conseil d'administration.

Le directeur général fait partie d'office des deux corps administratifs susmentionnés, mais avec voix consultative seulement.

VIII-CRITERES D'IMPLANTATION

A) Les bassins minima de population

En vue de l'implantation logique des centres locaux de services communautaires dans le territoire, il a fallu définir des bassins minima de population au-dessous desquels l'équation rentabilité-ressources-qualité n'eut pas été possible. Dans une première étape, le ministère des Affaires sociales a fixé ces bassins minima à 10,000 personnes pour une population rurale et à 30,000 personnes pour une population urbaine.

Dans tous les cas, l'accès aux soins jouera un rôle majeur dans l'emplacement des centres locaux de services communautaires. Ainsi, lorsqu'il s'agira de choisir entre une unité de dimensions moyennes et deux unités de dimensions plus restreintes, on tiendra aussi compte de la densité de la population.

B) La distance

Il importe aussi d'évaluer la distance à parcourir pour atteindre les différents points de distribution en fonction du temps et des facilités de transport, car le nombre de milles à parcourir a une signification différente selon le temps requis pour franchir la distance et selon les moyens de transport disponibles.

Le Ministère reconnaît qu'une durée maximale de 30 minutes constitue une norme acceptable pour le déplacement des malades entre le lieu de résidence ou de travail et la plus proche unité de soins généraux.

C) La disponibilité des ressources

Dans la mise en place d'un centre local de services communautaires, on prend en considération les ressources humaines et physiques existant dans le district. Ainsi, la présence d'un centre hospitalier offrant des soins généraux, soit en clinique externe, soit à l'urgence, aura une certaine influence sur la mise en place et/ou la localisation du C.L.S.C.

IX- ETAPES DANS L'IMPLANTATION D'UN C.L.S.C.

En raison de l'expérience acquise au cours de la dernière année, le ministère des Affaires sociales a défini les étapes suivantes pour la mise en place d'un centre local de services communautaires:

1) la première étape en vue de l'implantation d'un centre local de services communautaires consiste à former un comité

...provisoire. Ce comité assume les obligations suivantes:

a) démontrer que le centre local de services communautaires proposé répond aux critères d'implantation décrits plus haut;

b) définir les objectifs du centre ainsi que les moyens d'évaluation;

c) accepter le principe fondamental suivant: que les services offerts soient complets, continus, personnels et de qualité;

d) utiliser les ressources humaines et physiques existantes dans la communauté. C'est au comité provisoire que revient l'obligation de regrouper les activités de services généraux dispensés dans la zone desservie par le centre, d'éviter la duplication des services et d'établir des liens avec les centres spécialisés existants dans la région.

2) Une charte est accordée sur l'approbation, par le Ministère, des informations et documents transmis par le comité provisoire.

CONCLUSION

Le ministère des Affaires sociales considère que la création de centres locaux de services communautaires doit favoriser la formation d'équipes multidisciplinaires des soins de

... santé et de services sociaux dans les régions et les districts où les besoins sont les plus pressants.

Des indicateurs sociaux et des études sur l'état de santé de la population permettent d'identifier les endroits les plus défavorisés et les carences les plus aiguës en matière de soins. Ces endroits seront privilégiés dans l'implantation des centres locaux de services communautaires, compte tenu des contraintes financières et de la disponibilité des ressources humaines et physiques dans le milieu.

DOCUMENT No. 5

LES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

AVRIL 1973

Les départements de santé communautaire

Ce qu'il faut en savoir

L'implantation des départements de santé communautaire constitue un des objectifs prioritaires du ministère, cette année, et un des éléments les plus importants de la réorganisation des services de santé prévue par la loi 65.

L'idée fondamentale

- Rendre un certain nombre de centres hospitaliers responsables de la protection et de la promotion de la santé d'une population, en plus des responsabilités de traitement et d'hospitalisation qui leur sont confiées;

- non plus seulement confiner l'hôpital à des fonctions curatives mais élargir ses horizons en lui déléguant des responsabilités nouvelles et inédites en matière de prévention et de santé publique;

- rapprocher les actes de nature préventive du milieu curatif pour intégrer progressivement cette préoccupation à la distribution des soins généraux assumée par les professionnels de la santé;

- orienter le centre hospitalier vers la communauté et non plus seulement vers le traitement des cas individuels.

Leurs fonctions

Essentiellement, quatre (4) fonctions leur sont confiées:

Soins préventifs

Assurer et coordonner, en collaboration avec les CLSC, la réalisation des programmes de soins préventifs essentiels destinés aux écoliers, aux mères enceintes, aux nourrissons et à la population en général en matière de dépistage, d'hygiène maternelle, d'immunisation, de contrôle des maladies infectieuses et d'éducation sanitaire.

Consultations externes et services d'urgence

Veiller au bon fonctionnement des consultations externes et des services d'urgence de manière à y assurer en tout temps la présence de professionnels aptes à fournir les soins requis dans ces services.

Soins à domicile

Pourvoir au développement et à l'organisation de soins à domicile adaptés aux besoins de la population et des malades au sortir de l'hospitalisation.

Epidémiologie

Mener des études sur les tendances des maladies au sein de la population et développer des méthodes d'intervention susceptibles de les combattre et de les prévenir, tant au point de vue physique que mental.

Certaines de ces fonctions sont actuellement remplies, soit par les unités sanitaires, soit par les services de santé municipaux, soit par les infirmières en milieu scolaire, soit encore par les associations de soins à domicile.

Les départements de santé communautaire ou les C.L.S.C., là où ils s'organisent, récupéreront les effectifs de ces différents services appelés à disparaître comme entités distinctes, mais ils devront en maintenir la qualité.

D'autres fonctions, comme l'épidémiologie, sont franchement nouvelles, peu répandues ou actuellement remplies par personne. Les départements de santé communautaire s'en acquitteront au fur et à mesure des possibilités et des besoins.

D'autres fonctions, enfin, confèrent au département une responsabilité particulière quant au fonctionnement de certains services actuellement disponibles à l'hôpital (services d'urgence, consultations externes). Cette responsabilité devra néanmoins s'insérer harmonieusement dans la structure d'autorité des centres hospitaliers, placés sous la responsabilité du conseil d'administration et du directeur général.

L'organisation des DSC

La place du DSC dans le centre hospitalier

- Le département de santé communautaire est, dans le centre hospitalier, un département au même titre que les autres, pas plus mais pas moins.

- Les effectifs oeuvrent toutefois autant à l'extérieur qu'à l'intérieur du centre hospitalier.

Le chef du département

- Il est membre du conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier (ART. 4.5.2.2 des règlements).

- Il doit posséder une formation en santé publique ou, à défaut, accepter de suivre un entraînement particulier sous ce rapport dans une école universitaire (un addendum aux règlements a déjà été prévu à cet effet).

- Il assume sa fonction à temps plein, sur une base salariale fixée par la direction des Relations Professionnelles du MAS.

Son rôle par rapport aux CLSC

On pense parfois au DSC comme à un gros CLSC qui serait intégré à un hôpital. Cette interprétation est fausse et de nature à semer la confusion.

- Partout où le territoire d'un CLSC en opération recoupe le sien propre, le DSC s'en remet à ce CLSC pour l'exécution des programmes de soins préventifs et assume alors à son égard un rôle de coordination dont les modalités peuvent être précisées par voie de contrat de services.

- Dans le cas contraire, le DSC s'appuie sur ses propres effectifs qu'il déploie sur s territoire de manière à rejoindre les populations dans leurs milieux de vie, jusqu'à ce qu'un ou plusieurs CLSC soient en mesure d'assumer la responsabilité de ces programmes.

L'implantation des départements

Les règlements désignent 31 centres hospitaliers au Québec pour organiser un tel département. Leur bassin de population variera, selon le cas, de 100,000 à 300,000 habitants.

Certaines régions n'en ont qu'un. Ce sont les régions 05 (Cantons de l'Est: Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke), 07 (Outaouais: Hôpital du Sacré-Coeur de Hull), 08 (Nord-Ouest: Hôpital Youville de Noranda) et 09 (Côte Nord: Hôtel-Dieu de Hauterive).

Dans les autres régions, qui en comptent plusieurs, les centres hospitaliers désignés devront se mettre d'accord sur un découpage approprié du territoire en collaboration avec la direction générale de la Planification du MAS.

Pour coordonner le travail des centres hospitaliers désignés et leur apporter le soutien nécessaire à l'implantation de leur département, l'Exécutif du ministère a constitué, en février dernier, un groupe de travail dont la présidence a été confiée à monsieur Jean Mercier, de la direction de la Programmation.

Une dizaine de départements pourraient naître dès cette année si les centres hospitaliers concernés parviennent à engager un chef de département.

Les autres qui suivront bénéficieront évidemment de l'expérience des premiers.

DOCUMENT No. 6

PROGRAMMES ACTUELS DE PREVENTION

MARS 1973

PROGRAMMES ACTUELS DE PREVENTION

En collaboration avec les CLSC, les départements de santé communautaire assumeront la responsabilité de la distribution des soins préventifs essentiels. Cette responsabilité était jusqu'ici partagée entre les unités sanitaires, dont les activités s'étendent actuellement aux écoliers de niveau élémentaire, les infirmières affectées au réseau des écoles secondaires et des CEGEP et le service de santé dentaire du ministère des Affaires sociales. Elles seront à l'avenir partagées selon leur nature entre les départements de santé communautaire des centres hospitaliers désignés et les CLSC.

Programme des unités sanitaires

Les services actuellement dispensés par les unités sanitaires sont les suivants:

1. Surveillance médicale de la femme enceinte, au moyen de consultation, de visites à domicile tournées vers la promotion et la protection de la santé dans les domaine de l'hygiène maternelle.

2. Cliniques (consultations) et visites à domicile pour assurer la surveillance des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire au moyen de conseils, de démonstrations de soins et d'informations diverses.

3. Surveillance de la santé des écoliers au niveau élémentaire, par des visites scolaires et des examens suivis d'une relance des sujets référés et de l'administration des immunisations recommandées.

4. Education sanitaire de l'individu, de la famille et des groupes communautaires par contacts individuels, causeries et conférences.

5. Surveillance, prophylaxie, dépistage et contrôle des maladies infectieuses, dont les maladies vénériennes et la tuberculose.

6. Vaccination et immunisations contre les maladies contagieuses. Le programme actuel comprend le B.C.G., le D.C.T., le Sabin (poliomyélite) et les vaccins contre la rougeole, la rubéole et la variole.

7. Distribution de soins préventifs et curatifs par des infirmières soignantes dans les localités ou territoires éloignés (postes de colonie) privés de médecins.

Programme des services de santé scolaire au niveau secondaire et des CEGEP

Les infirmières qui ont la responsabilité de ce programme exercent auprès des étudiants des écoles secondaires du Québec et des CEGEP une surveillance analogue à celle des infirmières des unités sanitaires auprès des écoliers de niveau élémentaire. En plus de recevoir des cas référés pour consultation, elles doivent, notamment, procéder aux contrôles suivants:

1. Examen d'aptitude à l'éducation physique et aux sports

2. Test de l'acuité visuelle

3. Radiographie pulmonaire

4. Vaccination antivariolique

5. Test de l'acuité auditive des cas référés

6. Prévention des accidents par l'inspection des gymnases, ateliers et laboratoires en coopération avec les organismes intéressés

Au moyen de rencontres de groupes et de séances collectives de démonstration, les infirmières distribuent également

aux étudiants les conseils et l'information visant à compléter leur éducation sanitaire.

Enfin, elles sont appelées à prodiguer les premiers soins et certains soins d'urgence en cas d'accident.

Programme du service de santé dentaire

L'exécution de ce programme s'appuie non pas sur des effectifs spécifiques, mais sur le personnel des unités sanitaires et sur celui des services de santé scolaires au secondaire qui en assure la réalisation sous la surveillance de dentistes du ministère des Affaires sociales en poste dans chaque région.

Les activités du service sont les suivantes:

1. L'organisation de séances d'auto-brossage de groupe avec une pâte fluorée (2.2mg d'ion F-) chez la population scolaire.

2. L'organisation du brossage quotidien à l'école avec une pâte fluorée telle qu'on en trouve sur le marché mais reconnue et classée "A".

3. L'examen des bouches des enfants pour maintenir à date les statistiques sur la santé dentaire de la population scolaire, pour l'évaluation des programmes préventifs et pour l'orientation du régime d'Assurance-maladie dentaire.

4. L'organisation de cliniques de démonstration et de conférence portant sur les mesures personnelles de prévention, tant chez les adolescents que chez les adultes, afin de promouvoir l'hygiène dentaire.

5. L'organisation d'applications topiques de fluorures à l'école.

6. La promotion de la fluoration par l'information dispensée au public et aux autorités municipales.

7. L'organisation et le contrôle de la distribution de suppléments de fluorures dans les endroits où l'on ne peut fluorer l'eau.

8. L'instauration de la fluoration dans les écoles.

Registre de l'état civil

L'unité sanitaire est actuellement le premier relais sur le parcours que doivent suivre les pièces de l'état civil et les départements de santé communautaire, qui prendront leur relève, assumeront dorénavant cette responsabilité en coordonnant la collecte et l'acheminement des pièces.

Québec, 15 mars 1973.

DOCUMENT No. 7

ROLE DES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

EN EPIDEMIOLOGIE

MARS 1973

ROLE DES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN EPIDEMIOLOGIE

En vertu des règlements de la Loi 65 sur les services de santé et les services sociaux, le département de santé communautaire est appelé à jouer un rôle de type épidémiologique. On lit en effet dans ces règlements que "le chef de ce département a pour fonctions principales de faire participer les professionnels dans ce département:

a....

b....

c. à des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale.

d. à des enquêtes sur les épidémies et à la mise en application des mesures de contrôle appropriées."

La fonction décrite au paragraphe c. correspond au rôle de l'épidémiologie dans son sens le plus moderne, celui où elle étudie les relations entre la fréquence des maladies et les caractéristiques de la population et du milieu où vit cette dernière.

Dans l'avenir le centre hospitalier ne sera pas l'organisme relativement hermétique et isolé du milieu que nous connaissons présentement. Le centre hospitalier moderne tendra davantage à définir son rôle en fonction des besoins de la population à desservir. Dans la mesure où une véritable prise en charge de la population desservie pour l'ensemble des soins préventifs et curatifs est réalisée par le centre hospitalier, il devient nécessaire d'orienter ses programmes de soins et d'éducation du public en fonction des besoins réels. Ainsi, une population urbaine de travailleurs à revenu moyen n'aura pas des besoins identiques (en terme de programmes de soins) à ceux d'une population rurale à faible revenu. Il importe d'adapter dans toute la mesure du possible les programmes de soins (et les ressources pour les réaliser) aux maladies rencontrées dans une population donnée et à ce que l'on connaît de son état de santé.

Pour réaliser ce but, il est nécessaire de disposer de renseignements précis d'ordre démographique, social et sanitaire. Afin d'aider les départements de santé communautaire à prendre les décisions nécessaires, la Direction générale de la planification du Ministère des Affaires sociales mettra à la disposition des départements de santé communautaire des données statistiques de base.

Actuellement, la Direction de la recherche et de la statistique prépare par son Service de recherche, des dossiers régionaux qui comprennent des données démographiques, sociales et sanitaires. Le Service des études épidémiologiques de cette même direction élabore des statistiques sur la fréquence des maladies et des décès par causes spécifiques ainsi que sur l'utilisation des ressources. Ces données serviront essentiellement d'indicateurs des besoins tels que mesurés par la consommation de soins.

Dans un premier temps, ces données pourront servir de base pour l'analyse des besoins de la population desservie par le département de santé communautaire. A cet égard, les trois services de la Direction de la recherche et de la statistique joueront un rôle consultatif auprès des départements de santé communautaire.

Dans un second temps, des études complémentaires sont envisagées lorsque des besoins particuliers seront mis en évidence au sein d'une population donnée. Dans certains cas, le Directeur du département de santé communautaire, agira comme directeur du projet proposé et obtiendra les subventions de recherche par les voies habituelles. Dans d'autres cas, le département de santé communautaire élaborera un projet conjoint avec le Service des études épidémiologiques. Il est possible d'envisager également une collaboration de la part des départements universitaires de médecine préventive et sociale pour mener conjointement certains projets.

Le sujet choisi, l'envergure du projet et sa pertinence au plan des priorités en santé feront partie des critères de sélection. Il en découlera des modalités pratiques pour l'obtention des argents nécessaires à la réalisation des projets. Il faut signaler que la présence de personnel formé en épidémiologie au sein des départements de santé communautaire est la condition essentielle à la mise en oeuvre de ce programme de recherche.

Par ailleurs, une deuxième fonction épidémiologique, celle décrite au paragraphe d. des règlements de la Loi 65, concerne essentiellement le contrôle des maladies infectieuses.

DOCUMENT No. 8

SOINS A DOMICILE

MARS 1973

SOINS A DOMICILE

DEFINITION:

Il y a lieu de distinguer les soins à domicile dans le domaine de la santé des soins à domicile dans le domaine des services sociaux. Dans ce document, l'accent est mis sur les soins à domicile du domaine de la santé.

Les soins à domicile dans le domaine de la santé sont considérés comme une extension des services de santé offerts dans les établissements à des personnes pour qui ces services sont nécessaires, mais sont offerts à domicile soit en vue d'éviter l'hospitalisation, soit en vue de diminuer la durée de séjour, soit en vue d'éviter l'hébergement des personnes dans les établissements.

OBJECTIFS:

1. Eviter l'hospitalisation à certains malades dans les centres hospitaliers de courte durée.
2. Diminuer la durée de séjour des malades dans les centres hospitaliers de courte durée.
3. Eviter l'hébergement des personnes dans les établissements comme les centres hospitaliers de soins prolongés ou les centres d'accueil d'hébergement.

ORGANISATION DES SOINS A DOMICILE:

Les soins à domicile doivent faire partie intégrante du réseau des établissements reconnus par la loi des services de santé et des services sociaux.

Il apparaît évident que les centres locaux de services communautaires devront offrir des soins à domicile en fonction des besoins de la population desservie. Les soins à domicile offerts par les C.L.S.C. doivent répondre aux besoins de la population autant au plan social qu'au plan de la santé.

Dans les centres hospitaliers, la responsabilité de la coordination et de la distribution des soins à domicile dépendra du département de santé communautaire. Le département doit veiller à leur fonctionnement et assumer les mêmes responsabilités que tout autre département hospitalier dans la distribution de soins.

En ce qui concerne le personnel affecté aux soins à domicile, il demeure rattaché au service responsable de ce type de professionnals comme pour tout autre département clinique du centre hospitalier: les infirmières relèvent du service de soins infirmiers, les diététistes du service de diététique, les travailleurs sociaux du centre de services sociaux.

La demande de la prise en charge d'une personne en vue de lui assurer des soins à domicile doit être adressée au département responsable par un professionnel de la santé ou des services sociaux.

Avant d'accepter la prise en charge d'un malade, le département doit s'assurer que la personne est incapable de se déplacer et qu'elle répond à certains critères définis par le ministère des Affaires sociales et les départements de santé communautaire.

En ce qui concerne les médicaments et les fournitures telles que les pansements ou autres, ils doivent être faits sur ordonnance et relever du service de pharmacie de l'établissement. Les coûts de ces médicaments font partie du budget de l'établissement.

DOCUMENT No. 9

AU PERSONNEL DES UNITES SANITAIRES

ET

PROTOCOLE D'ENTENTE

JUILLET 1972 ET
OCTOBRE 1973

AU PERSONNEL DES UNITES SANITAIRES

Le développement des programmes de santé communautaire représente une dimension importante de l'action que nous avons entreprise. Il se concrétisera d'ailleurs dans l'établissement prochain de 31 départements de médecine sociale et préventive dans autant de centres hospitaliers. La liste de ces centres, que j'annexe, trouve son origine dans le projet de règlements de la loi 65. Il se concrétisera aussi par le développement progressif d'un réseau de centres locaux de services communautaires qui dispenseront à la population les soins considérés de première ligne, dans une optique communautaire.

Cette évolution n'est pas sans intéresser et impliquer au plus haut point le personnel de nos unités sanitaires. La santé communautaire, en effet, est un concept qui englobe celui de prévention bien qu'elle ne s'y limite évidemment pas. C'est dire que notre souci d'intégrer vos efforts à ceux des équipes que nous voulons mettre en place, voire même de les considérer pierre d'assise de ces équipes, laisse entrevoir la fusion progressive de vos services.

L'inquiétude que peut susciter chez certains une telle intégration est naturelle; pour ma part, mes préoccupations à cet égard sont moins vives qu'elles ne l'étaient auparavant. Il m'apparaît de plus en plus normal, en effet, que les responsabilités assumées par les unités sanitaires dans des circonstances de plus en plus difficiles débouchent finalement sur un milieu plus global où elles contribueront à assurer une gamme de services complets dans une perspective multidisciplinaire. Et comme la prévention demeure l'accent premier de notre démarche, le personnel des unités aura l'opportunité de devenir en plusieurs endroits le noyau à partir duquel les nouvelles structures verront le jour. Il pourra aussi sensibiliser le milieu entier aux préoccupations pour lesquelles il se dépense depuis toujours.

.../2

Au plan concret, c'est dire que le personnel des unités sanitaires sera également appelé à venir épauler deux types de ressources: le département de médecine sociale et préventive en milieu hospitalier, et le centre local de services communautaires. C'est cependant surtout au niveau du centre local que nous prévoyons l'adhésion de la plupart des unités: ne seront appelées en effet à joindre leurs efforts au milieu hospitalier que les unités dont une certaine proximité jointe aux aspirations du personnel, ainsi qu'au besoin d'épauler spécifiquement un département naissant de médecine sociale et préventive, le justifiera.

Il est normal, vous le comprendrez, que nous voulions aussi privilégier les centres locaux de services communautaires et les faire profiter de votre apport. C'est dans ces centres, en effet, qu'une nouvelle philosophie de distribution des soins prendra tout son sens et que se concrétisera vraiment la réforme amorcée. Et, dans cette optique, vous serez ainsi pour beaucoup les artisans de la réforme. Le ministère, au fond, réalise qu'il ne saurait agir à vide: il doit s'appuyer sur les ressources en place et, au plan des services de première ligne, nous ne sommes pas sans nous méprendre sur le sens de votre présence. Vous vous interrogez sans doute aussi sur le stade où nous en sommes rendus dans le développement des centres locaux de services communautaires: j'annexe, en réponse, la liste des 27 endroits où nous en avons présentement autorisé la création.

Au plan personnel, le passage à l'un ou l'autre milieu n'affectera pas vos droits acquis et n'aura pas d'impact négatif sur vos conditions de travail ou votre sécurité d'emploi. Nous verrons en collaboration avec vos syndicats, le cas échéant, à nous assurer que tel est bien le cas. La démarche que nous avons suivie dans le cas des infirmières qui oeuvraient en santé scolaire, d'ailleurs, témoigne de notre attitude. Au fur et à mesure que notre action se précisera, nous en ferons d'ailleurs part à ceux ou celles d'entre vous qui s'y trouveront impliqués et nous ménagerons des rencontres et des modes de participation appropriés. Nous donnerons aussi des renseignements complets sur les structures auxquelles il s'associera et le moyen de se faire entendre.

Si une conclusion se dégage de mon message, du moins pour moi, c'est à quel point il nous faut compter sur vous pour mener

à bien un volet important de nos politiques. Nous pourrons bien sûr réaliser de toute façon un nouveau cadre d'action et l'implanter, mais sa vraie présence et sa vraie raison d'être ne s'articuleront que dans la mesure où ceux appelés à y oeuvrer y donneront leur pleine adhésion. Votre contribution ne sera donc pas étrangère à notre réussite, et nous en sommes conscients.

PROTOCOLE D'ENTENTE

ENTRE

L'HOPITAL DE CHICOUTIMI INC.

ET

LE SYNDICAT PROFESSIONNEL DES INFIRMIERES DE CHICOUTIMI (S.P.I.C.)

LE SYNDICAT DES EMPLOYES DE L'HOPITAL DE CHICOUTIMI (C.S.N.)

LE SYNDICAT DES FONCTIONNAIRES PROVINCIAUX DU QUEBEC

INTERVENANT: LE GOUVERNEMENT DU QUEBEC

LESQUELS FONT LES DECLARATIONS SUIVANTES:

ATTENDU QUE:

A) Le Gouvernement du Québec a transféré à l'Hôpital de Chicoutimi Inc. les programmes relevant antérieurement des unités sanitaires qui relèvent maintenant dudit centre hospitalier.

B) Les salariés qui étaient employés par les unités sanitaires ont manifesté leur désir de continuer d'oeuvrer dans le même secteur.

C) L'article 44.01 de la convention collective, unité fonctionnaires 72-75, se lit comme suit:

"L'employeur peut céder en totalité ou en partie une unité administrative à une entité juridique autre que le Gouvernement ou un organisme dont les employés sont nommés en vertu des dispositions de la Loi de la Fonction publique. Dans ce cas, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer à tout employé visé par les dispositions de l'article 41 de la convention:

a) qu'aucune diminution de traitement ne résulte du seul fait de son transfert;

b) le transfert de sa réserve de congés de maladie accumulés au moment de son départ, avec l'entente que le fait pour lui de la monnayer au moment de son départ équivaut à une renonciation de sa part aux privilèges que lui garantit le présent article;

c) la garantie qu'il ne subit aucun préjudice relativement à son fonds de pension;

d) dans le cas de cessation d'activités d'une telle entité juridique, le maintien de la sécurité d'emploi prévue pour lui à l'article 41 de la présente convention.

L'employeur doit aviser le Syndicat de toute telle cession pouvant affecter des employés et convoquer sans délai le Comité des Relations Professionnelles afin d'étudier les modalités d'appréciation des garanties prévues au présent article".

EN CONSEQUENCE, les parties aux présentes conviennent de ce qui suit:

1o <u>GARANTIE D'EMPLOI</u>

Nonobstant les dispositions de la convention collective intervenue d'une part entre l'Hôpital de Chicoutimi Inc. et d'autre part le Syndicat Professionnel des Infirmières de Chicoutimi ainsi qu'avec le Syndicat des Employés de l'Hôpital de Chicoutimi (C.S.N.), les postes nouvellement créés dans le secteur antérieurement dévolus aux unités sanitaires ne seront pas affichés et les salariés dont les noms sont annexés aux présentes combleront lesdits postes qui s'ouvriront à l'Hôpital de Chicoutimi Inc. pour desservir le territoire où ces salariés travaillent.

Ces salariés sont intégrés automatiquement à l'établissement et leur nomination de ce fait ne peut être contestable.

Lorsque tous les salariés mentionnés au paragraphe précédent auront comblé les postes disponibles, les dispositions des conventions collectives intervenues entre d'une part l'Hôpital de Chicoutimi Inc. et d'autre part le Syndicat Professionnel des Infirmières de Chicoutimi ainsi qu'avec le Syndicat des Employés de l'Hôpital de Chicoutimi (C.S.N.) quant à l'affichage, s'appliqueront pour les postes vacants non comblés.

2o DISPOSITION EXCEPTIONNELLE

Advenant la fermeture de l'Hôpital de Chicoutimi Inc. les salariés détenteurs du statut de fonctionnaire permanent avant l'intégration pourront opter pour l'une ou l'autre des dispositions suivantes:

A) Se prévaloir des clauses de la convention collective qui les régiront et ce, relativement à la sécurité d'emploi.

B) Réintégrer la fonction publique, le tout en conformité avec les dispositions relatives à la sécurité d'emploi prévues à la convention collective des fonctionnaires provinciaux intervenue le 29 novembre 1973.

3o APPLICATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES

La convention collective régissant les salariés couverts par l'accréditation émise en faveur du Syndicat Professionnel des Infirmières de Chicoutimi ainsi que la convention collective régissant les salariés couverts par l'accréditation émise en faveur du Syndicat des Employés de l'Hôpital de Chicoutimi Inc. (C.S.N.) s'appliquent aux salariés provenant des unités sanitaires et intégrés à

l'Hôpital de Chicoutimi Inc. dans la mesure où elles ne sont pas incompatibles avec les dispositions suivantes:

A) Ancienneté

Les salariés ainsi intégrés au centre hospitalier obtiennent une ancienneté équivalente à celle acquise auprès de l'unité sanitaire et reconnue officiellement par cet organisme.

Toutefois, si le salarié, au moment de son départ de la Fonction publique, avait acquis la sécurité d'emploi visée à l'article 41 de la convention collective des fonctionnaires sans pour autant avoir deux (2) ans d'ancienneté, le centre hospitalier qui l'embauche devra, aux fins exclusives de reconnaissance de la sécurité d'emploi, créditer deux (2) années d'ancienneté à ce salarié.

B) Expérience antérieure

L'expérience antérieure reconnue aux salariés l'est conformément aux conventions collectives en vigueur à l'établissement. En aucun cas, le salarié ne subit de diminution de traitement lors de son intégration.

C) Congés-maladie

Le salarié verra sa réserve de congés-maladie acquise lors de son service auprès de l'unité sanitaire, transféré en jours au centre hospitalier qui l'accueille. La réserve de congés-maladie ainsi transféré sera régie par la convention collective en vigueur au centre hospitalier.

D) Heures et semaine de travail

L'horaire de travail et les congés peuvent être modifiés par l'employeur pour répondre aux besoins particuliers du milieu, en tenant compte, si possible, des préférences exprimés par le salarié.

E) Congés fériés

Le salarié bénéficie du nombre de congés fériés prévus à la convention collective en vigueur au centre hospitalier. Cependant, la prise effective de ces congés sera déterminée en tenant compte du calendrier des activités propres au milieu.

F) Vacances

Le salarié ainsi intégré a droit aux vacances prévues à la convention collective applicable au centre hospitalier.

G) Disposition spéciale

Sans restreindre pour autant les prérogatives de l'employeur, les infirmières des unités sanitaires oeuvreront préférablement dans le champ de la médecine sociale et préventive.

H) Fonds de pension

Les salariés concernés ne subiront aucun préjudice quant à leur fonds de pension.

I) Procédure d'appel

La procédure de grief et d'arbitrage prévue à la convention collective applicable dans l'hôpital où le salarié a été intégré, a juridiction pour décider de toute difficulté résultant de l'interprétation ou l'application de la présente entente en autant que la procédure de grief prévue à ladite convention aura été respectée.

LA PRESENTE ENTENTE lie les parties en cause pour la durée des conventions collectives en vigueur actuellement dans le milieu hospitalier, sauf en ce qui a trait aux dispositions du paragraphe 2B des présentes.

En foi de quoi les parties ont signé le .....

.....

L'HOPITAL DE CHICOUTIMI INC.

LE SYNDICAT PROFESSIONNEL DES INFIRMIERES DE CHICOUTIMI (S.P.I.C.)

LE GOUVERNEMENT DU QUEBEC INTERVENANT

LE SYNDICAT DES EMPLOYES DE L'HOPITAL DE CHICOUTIMI (C.S.N.)

LE SYNDICAT DES FONCTIONNAIRES PROVINCIAUX DU QUEBEC